维普资讯 http://www.cqvip.com

等的连接是否正确,有无损坏等。术前进一步熟悉 Mammotome 系统的性能,操作步骤,手动板及脚踏板的使用,保证术中操作能顺利进行。

2.3 术中配合

①准备1%利多卡因,一般约 20 ml 即可,必要时可滴加 1~2 滴肾上腺素,以收缩小血管,便于止血。②用镊子及时取出旋切出的条状标本,否则遗留在旋切刀标本槽中的标本会马上被真空吸入引流管中,导致引流管堵塞,降低真空抽吸力,从而影响旋切术的顺利进行。并迅速将标本置入盛有福尔马林的小玻璃瓶内,以备病理检查之用。③手术间隙期,可使 Mammotome 进入休息期,减少噪音及机器的产热量,达到减轻患者的焦虑恐惧心理及维护机器的双重作用。④对于部分患者,乳腺血供丰富,经期前后,肿块部位深,有时会出血较多,使用 8 G 大号刀头通过旋切局部喷洒生物蛋白胶或放置半管引流,用帮迪胶合切口。术中注意和患者交流,减轻患者精神负担,并观察有无过敏反应等意外。

2.4 术后配合

手术结束妥善加压包扎,观察 10 min 后无特殊不适,患者可离开,并嘱局部制动:①减少患侧上肢运动及胸式呼吸(以腹式呼吸为主);②适当休息;③注意观察敷料及绑带的情况,如渗血较多,及时就诊;④2 d 后复诊,换药,观察伤口愈合情况,并复查 B 超;⑤重视基础护理及卫生宣教工作;⑥及时清洁 Mammotome 系统及配套装置,贵重仪器由专人保管,定期检查,调试与保养;⑦及时掌握病理诊断结果,如为恶性,及时通知患者或其家属。

3 体会

良好的心理准备,术前细致妥善的护理及对操作程序的熟练是手术成功的前提。采用舒适的体会,头部垫海绵圈,并稍偏向健侧,患者肩胛部应根据肿块的部位适当调整海绵垫的高度,使术者的操作顺利。术前充分估计意外的可能性,并积极做好措施(如备引流管,生物蛋白胶等),术后应妥善加压包扎,同时施以详细周到的出院指导,这些均是防止意外及康复的重要保证。

[参考文献]

[1] Liberman L, Cohen MA, Dershaw DD, et al. Atypical ductal hyperplasia diagnosed at stereotaxic core biopsy of breast lesions: an indication for surgical biopsy [J]. AJR Am J Roentgenol, 1995, 164(5): 1111-1113.

[2] Brenner RJ, Basset LW, Fajardo LL, et al. Stereotactic core-needle breast biopsy: a multi-institutional prospective trial[J]. Radiology, 2001, 218(3): 866-872.

[3] Fine RE, Israel PE, Walker LC, et al. A prospective study of the removal rate of imaged breast lesions by an 11-gauge vacuum-assisted biopsy probe system [J]. Am J Surg, 2001, 182(4): 335-340.

(编辑:兰阳军)

臀部外侧皮神经痛的病因和治疗

Etiology and treatment of neuralgia in lateral gluteal region

许凤琴,苑继承,金绍岐 (第四军医大学附属西京医院门诊部,陕西 西安 710032)

[关键词] 臀部皮神经痛;局部注射;强的松龙
[中图分类号] R274.39 [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)01-0031-02

臀部外侧部皮神经痛报道尚少,可能是由于发生率低而被忽略。据作者近三年多来临诊观察到的 6 例患者,约占门诊皮神经痛患者总数的 1%,报道如下。

1 资料与方法

臀部外侧皮神经痛 6 例。症状为髋外隐痛,有阵发加剧,有的为难忍的剧痛,无运动障碍。查体可见有臀部外侧份刺痛过敏或减退,范围包括在神经的皮肤分布区,髂嵴中部有的有局限性压痛。治疗方法:采取注射糖皮质激素的方法。取强的松龙混悬液 25 mg,加 1% 普鲁卡因或 2% 利多卡因 10 ml,针头长短视病人胖瘦决定。患者侧卧或坐位均可,摸清髂嵴定线,在腋后线后方约 3 cm 处下针,略偏下 5~10 cm 处直向髂骨进针,至触及骨骼时即注入少许药液。然后试探找寻髂嵴的上后缘,超过此缘针即进入上方的肌肉,可依此确定。确定以后,沿髂嵴向前,在 4 cm 范围内,分几点贴骨分散注入药液。体表确定髂嵴边缘,在胖人有时不易,在瘦人比较容易,手指深压腹壁肌肉,即可摸清髂嵴的上面,确定其外缘。注射后即可止痛,一周后不愈者可重复注射,有需注射 3 次者。

2 结果与讨论

6 例经注射法以后观察数分钟内即完全止痛或原症状消失,以后对所有病例皆采取相同方法注射。2 例 1 次注射后即痊愈,多数经 2~3 次注射,间隔 1 周而痊愈。按上述胸 12 皮支及髂腹下神经外侧支的起源分析。如果病变在胸 12 及腰 1 神经根,症状应包括两神经根的后支在脊柱旁的分布区,以及前支在腹前外侧壁下份的分布区,直达耻骨上前正中线处。如果病变在两脊神经的前支主干,则应同时有腹壁下份的症状。而且两神经在未分支的行程中皆通过肌肉,如无肿瘤等特殊病变,很有可能是刺激神经的病源。在排除上述可能情况以后,在两神经至臀部分支的行程上,可能产生刺激的部位,仅在跨过髂嵴处的骨膜或骨槽。在鉴别诊断方面,由于本病比较少见,对主诉为髋外侧疼痛的病人,无明显可见的皮肤或肌肉创

[收稿日期] 2004-09-12 [修回日期] 2004-11-21

维普资讯 http://www.cqvip.com

伤或炎症时，一般先检查髋骨及髋关节[1-2]。注意排除髂骨及髋关节的病变，包括股骨上端，必要时应照片检查。对于无骨性病变者，应即行检查皮神经。这一步一般皆被忽略，有神经病变者，即被忽略，我们例行检查神经，借此才发现为皮神经痛。从治疗效果看，我们认为对所遇病例的病因推测是正确的，至于是否存在其他原因，只能视所遇病例情况推定。我们接诊的病例中，有的为单发，有的尚伴有其它皮神经痛，如臀上皮神经痛或胸12前支痛。因此，对相邻皮肤分布区的神经皆应检查，对任何源于胸12及腰1、2的皮神经，如有改变，皆应区别是中心性或是各支的改变，如为后者即同时针对处理。关于治疗方法，我们仅试用上述者，因有显著疗效而未再考虑其他。是否属于最佳方法，则因尚未见有对此病的报道，无从比较。

[参考文献]

[1] Starling JR, Harms BA. Diagnosis and treatment of genitofemoral and ilioinguinal ertrapment neuralgia[J]. World J Surg, 1989, 13(5): 586-591.

[2] Maigne JY, Maigne R, Guerin-Surville H, et al. Anatomic study of the lateral cutaneous rami of the subcostal and iliohypogastric nerves[J]. Surg Radiol Anat, 1986, 8(4): 251-256.

（编辑：郭光金）

腮腺区域性切除在混合瘤治疗中的应用

Application of regional excision of parotid gland in treatment of mixed tumor

王益华 （菏泽市立医院口腔科；山东 菏泽 274031）

[关键词] 腮腺；区域性切除；混合瘤
[中图分类号] R781.72； [文献标识码] B [文章编号] 1672-5042(2005)01-0032-01

腮腺混合瘤属于良性上皮性肿瘤，经典术式为保留面神经，肿瘤位于腮腺浅叶应作肿瘤及浅叶切除；肿瘤位于深叶肿瘤应作肿瘤及全腮腺切除术[1]，此术式虽可达到根治肿瘤的目的，但创伤大，并发症多。作者采用区域性面神经解剖及区域性腮腺切除治疗腮腺混合瘤70例，取得满意效果，现报告如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

本组70例，男39例，女37例。临床诊断明确并术后经病理证实为腮腺混合瘤。患者随机分为两组：治疗组68例和对照组65例。

1.2 手术方法

对照组常规行面神经解剖行腮腺次全切除或全切除术。治疗组"S"型切口，肿瘤在耳垂下者，切口绕过耳垂止，不作耳前切口，翻瓣后根据肿瘤部位寻找面神经分支，按解剖层次以瘤体为中心，在距瘤体边缘外0.5～1.0 cm切除正常腮腺组织，仔细分离面神经分支，不显露总干（位于总干部位者除外），保留腮腺导管，术后处理和对照组相同。

2 结果

术后随访1～10年，对照组腮腺区域出现不同程度凹陷畸型，暂时性面瘫14例，腮腺瘘10例，Frey's综合症8例，治疗组腮腺区凹陷不明显，未见其他并发症；对照组术后复发1例，治疗组未见复发。两组经统计分析，对照组并发症发生明显高于治疗组（$P<0.01$），术后两组复发率无显著性差异（$P>0.05$）。

3 讨论

保留面神经的腮腺浅叶或全腮腺切除术已成为治疗腮腺混合瘤的经典手术，为减少复发，大多采用解剖多个面神经分支，故面瘫发生率较大；由于创伤大、切除腮腺组织多，患侧腮腺区可出现不同程度的凹陷畸形，Frey's综合症的发生率也随之增加。除了肿瘤部位特殊或特别巨大需作次全或全腮腺切除外，原发于腮腺的混合痛只需局部切除，甚至只需冰冻切片证实切缘阴性即可[2]。采用改良区域性切除术对某些肿瘤来说，在一定程度也可以降低面瘫的发生率[3]。本资料显示：两组患者肿瘤术后复发率无显著性差异。

Frey's综合症是腮腺手术后常见的并发症，其发生率在20%～60%，目前尚无十分有效的治疗方法。因此预防Frey's综合症的发生是腮腺手术的一个十分重要的环节，本资料显示治疗组无1例发生Frey's综合症，对照组有8例出现Frey's综合症，可能是传统术式将整个浅叶切除，易损伤或切除耳颞神经缘故，而区域性切除是在肿瘤外0.5～1 cm切除瘤体及腺体，损伤耳颞神经机会大大减少。腮腺瘘也是腮腺肿瘤术后的常见并发症之一，由于常规手术切断腮腺导管，残余腺体分泌的唾液外渗形成腮腺瘘，腮腺区域性切除在混合瘤保留了腮腺导管，残余腺体分泌的唾液，可通过腮腺导管流入口腔，减少了腮腺瘘的发生率。腮腺区域性切除在混合瘤方法简单，创伤少，并发症少，复发率低，是治疗腮腺混合瘤的一种有效方法。

[参考文献]

[1] 张锡泽，邱蔚六. 口腔颌面外科学[M]. 第二版. 北京：人民卫生出版社，1987. 438.

[2] Biren D, sinha M, David W, Buntine M. Parotid gland tumors[J]. Am J Surg, 1975, 129: 675-681.

[3] 俞光岩. 腮腺区域性切除术在沃辛病治疗中的作用[J]. 中华口腔医学杂志，1996, 31(6): 372-374.

（编辑：左艳芳）

[收稿日期] 2004-09-25 [修回日期] 2004-11-10